

国際健診学会第三地域
施設会員退会届

記入年月日	年 月 日	
退会希望日	年 月 日	※本学会の事業年度は、 10月1日～9月30日です。
記入者	(所属部署名または職名)	
	(氏名)	
退会について、施設長の確認は取れていますか？	はい ・ いいえ	

※ 施設会員番号・施設名は必ずご記入ください。

※施設会員番号	
※施設名	
施設長役職	
施設長名	
退会理由	

●退会届受領書・送付先（原則として郵送となりますが、念のためFAX番号もご記入下さい）

宛 先	(施設名)	
	(部署名または職名)	(担当者名)
郵便番号	-	
都道府県		
住 所		
電話番号		
FAX番号		

※ 年会費未納の場合は、完納の上、ご退会下さいますようお願いいたします。
 ※ 事業年度は、10月1日～9月30日です。

送付先： I H E P A 国際健診学会第三地域 事務局

〒151-0051
 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1丁目31-10 センア千駄ヶ谷ビル2階
 一般社団法人日本総合健診医学会 事務局内
 TEL:03-5413-4400 FAX:03-5413-0016